

角結膜悪性腫瘍切除術の施設基準に係る届出書添付書類

|                                   |      |                   |   |
|-----------------------------------|------|-------------------|---|
| 1 標榜診療科（当該手術を担当する科名）              |      |                   | 科 |
| 2 眼科の経験を5年以上有する常勤の医師の氏名等（1名以上）    |      |                   |   |
| 常勤医師の氏名                           | 勤務時間 | 眼科の経験年数           |   |
|                                   | 時間   |                   | 年 |
|                                   | 時間   |                   | 年 |
| 3 当該手術を担当する診療科における常勤の医師の氏名等（3名以上） |      |                   |   |
| 常勤医師の氏名                           | 勤務時間 | 診療科名（当該手術を担当する科名） |   |
|                                   | 時間   |                   | 科 |
|                                   | 時間   |                   | 科 |
|                                   | 時間   |                   | 科 |
|                                   | 時間   |                   | 科 |
| 4 病理部門の病理医氏名                      |      |                   |   |

[記載上の注意]

当該届出は、病院である保険医療機関のみ可能であること。